

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

PARIS 1953

THESE

705

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

CLEMENT - CUZIN Robert, Henri

Né le 20 Mai 1920

à GRENOBLE (Isère)

Présentée et Soutenue publiquement le 1953

A PROPOS
DES VESICULES EXCLUES

Président : M. J. SENEQUE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CLEMENT - CUZIN

Prénoms : Robert, Henri

Date de la Soutenance

Numéro d'ordre

1

CLEMENT-CUZIN (Robert
Henri) - A propos des
vésicules exclues; sur
un cas d'atrésie con-
génitale du canal cys-
tique. - Paris 1953 - Ed.
Saurat, 37p., 5pl.h.t.
(Th.méd. (Et.), Paris
1953 - N°)

2

CLEMENT-CUZIN (Robert
Henri) - A propos des
vésicules exclues; sur
un cas d'atrésie con-
génitale du canal cys-
tique. - Paris 1953 - Ed.
Saurat, 37p., 5pl.h.t.
(Th.méd. (Et.), Paris
1953 - N°)

3

CLEMENT-CUZIN (Robert
Henri) - A propos des
vésicules exclues; sur
un cas d'atrésie con-
génitale du canal cys-
tique. - Paris 1953 - Ed.
Saurat, 37p., 5pl.h.t.
(Th.méd. (Et.), Paris
1953 - N°)

4

CLEMENT-CUZIN (Robert
Henri) - A propos des
vésicules exclues; sur
un cas d'atrésie con-
génitale du canal cys-
tique. - Paris 1953 - Ed.
Saurat, 37p., 5pl.h.t.
(Th.méd. (Et.), Paris
1953 - N°)

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

THESE

N°.....

PARIS 1953

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

CLEMENT - CUZIN Robert, Henri

Né le 20 Mai 1920

à GRENOBLE (Isère)

Présentée et Soutenue publiquement le 1953

A PROPOS
DES VESICULES EXCLUES

Président : M. J. SENEQUE, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153720_0030

DOYEN HONORAIRE

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H), GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

M.M.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (L.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales) Saint-Antoine	CADENAT (F.)
(Salpêtrière	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
Cliniques médicales ...) Bichat	LAROCHE (G.)
(Cochin	MOREAU (R.)
(Pitié	LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)

	(Tarnier	LANTUE JOUL (P.)
Cliniques obstétricales)	Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
	(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)...		RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		CHABROL (E.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		MOUQUIN (M.)
Histologie		CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance ..		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Génétique		LAMY (M.)
Médecine du travail		DESOILLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	de	GAUDART d'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LEMAITRE (A.)
Pathologie médicale		BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales		DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R.)
Physico-Chimie médicale (à titre personnel) .		DOGNON (A.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Radiologie médicale,.....		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P.)
Thérapeutique		TURPIN (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

		MM.
Anatomie	(	CORDIER (J.-C.) Pr.s.ch.
	)	DEBEYRE (J.)
	(	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	(	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
	)	Pr.s.ch.
	(	BUSSER (F.)
Bactériologie	(	FASQUELLE (R.)
	)	NEVOT (A.)
Biologie médicale		BOURLIERE (F.)
	(	ETTORI (J.) Pr.s.ch.
Chimie médicale	)	JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
	(	SCHAPIRA (G.)

Dermato-syphiligraphie	N...
Histologie	(BULLIARD (H.) Pr.s.ch.) COUJARD (R.) (DESCLAUX (P.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER (J.) (DEPARIS (M.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) { GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	N...
Neurologie	SEZE (S. de)
	(GRASSET (J.)) LEPAGE (F.) (MAYER (M.)) MERGER (M.) (RAVINA (J.)) VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)
Oto-rhino-laryngologie	(HALPHEN (E.) Pr.s.ch. (MADURO (R.)
Parasitologie	(BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale ff	(CHABAUD. (ABOULKER (P.)) BAUMANN(J.) (GOSSET (J.)) HUGUIER (J.) (LAURENCE (G.)) LEGER (L.) (OLIVIER (Cl.)) PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.)) ROUX (M.) (RUDLER (J-C)) VERNE (J.M.)
Pathologie chirurgicale	MERKLEN (P.)
	(BERNARD (J.)) BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.)) CONTE (M.) (DECOURT (J.)) DOMART (A.) (FAUVERT (R.)) HAMBURGER (J.) (KOURILSKY (R.)) MILLIEZ (P.) (PERRAULT (M.)) RAMBERT (P.) (DREYFUS (G.) .../
Pathologie médicale	

	(THIEFFRY (St.)
	) TURIAF (J.)
Pathologie médicale	(N...
	) N...
	(N...
Pédiatrie	(LAPLANE (R.)
	(MARIE (J.)
Physiologie	(BARGETON (D.)
	(PARROT (J.L.)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch.
	(CHEYMOL (J.E.) Pr.s.ch.
Physique médicale	(PJOURNO (A.)
	(GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (I.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	(PERRAULT (M.)
	(chargé de l'enseignement
Urologie	KUSS (R.)

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANTIXE
à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique	(AELINE (A.)	Clinique	(MARCHAL (G.)
Chirurgicale	) MENEGAUX (G.)	médicale	(SOULIE (E.)
	(PATEL (J.)	Clinique	(DIGONNET (L.)
	) SICARD (A.)	obstétricale	(ECALLE (G.)
	(BOULIN (R.)	Clinique	(RENARD (G.)
	) BROUET (G.)	ophtalmologique	
Clinique	(CACHERA (R.)	Clinique	(COUVELAIRE (R.)
médicale	) GARCIN (J.)	urologique	
	(HAGUENAU (M.)		
	) LENEGRE (J.)		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)

Bibliothécaires M. DOUAN (G.), Melles DUMAITRE (P.)
..... GOICHON (A.-M.), LE NOIR (G.)

A LA MEMOIRE DE MON PERE,

Qui fut mon guide le plus sûr et
m'a toujours montré le chemin de
l'honneur et du dévouement,

A LA MEMOIRE DE MA FILLE,

Marie-Noëlle,

A MA FEMME ET A MES ENFANTS,

Marie-Colette et Alain,

A qui j'offre de tout coeur ce
témoignage de mon amour,

A MA MERE,

En faible témoignage de mon
affection la plus profonde
et de ma reconnaissance la
plus vive,

A MES SOEURS ET FRERES,

Avec toute ma tendresse,

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE,

Le Médecin-Capitaine Pierre CHEVRANT,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Mort victime du Devoir,

A MES TANTES ET ONCLES,

Affectueusement,

A MES COUSINES ET COUSINS,

Affectueusement,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN SENEQUE,

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.

Nous l'en remercions très sincèrement,
et l'assurons de notre profond respect.

A MESSIEURS LES MEMBRES DE NOTRE JURY DE THESE,

Hommages respectueux,

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR JACQUES LATREILLE,
Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble,
Qui fût notre premier maître,

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE
Paris et de Grenoble,

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MILHIET,
Chirurgien de l'Hôpital Péan,
Qui nous a inspiré ce travail.
Hommages reconnaissants,

A MES CAMARADES DE L'HOPITAL DE GONESSE,

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,

A PROPOS
DES VÉSICULES EXCLUES
SUR UN CAS D'ATRESIE
CONGENITALE DU CANAL CYSTIQUE

PAR

Robert CLEMENT-CUZIN



Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A PROPOS DES VESICULES EXCLUES

Sur un cas de vésicule exclue
par atrésie congénitale du canal cystique

I

On désigne généralement sous le terme de "vésicule exclue", une vésicule qui n'a plus ses relations normales avec le reste des voies biliaires et - qui par conséquent - n'a plus aucune utilité. C'est donc une vésicule qui a perdu, par un processus ou par un autre, toute sa fonction, ce qui entraîne sa perte pour l'économie.

Après cette brève définition d'une vésicule exclue, rappelons rapidement l'anatomie de la vésicule biliaire et celle du canal cystique.

II

La vésicule biliaire est un réservoir membraneux, piriforme, destiné à contenir la bile dans l'intervalle des digestions. Logée dans la fessette cystique à la face inférieure du foie à laquelle elle adhère intimement, elle est recouverte par le

péritoine hépatique qui la maintient fixe. Elle présente un fond, un corps et un col.

Le canal cystique fait suite au col de la vésicule. Par un trajet oblique en bas, à gauche et en arrière, il se dirige vers le canal hépatique, s'y adosse et s'ouvre sur son bord gauche.

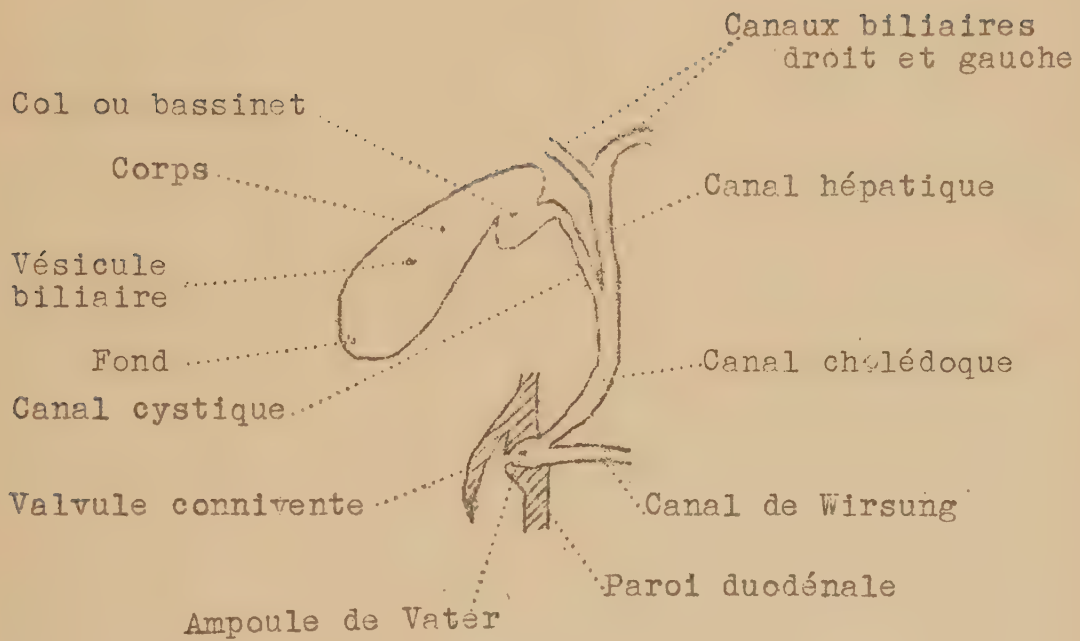
Ainsi résumée, voilà l'anatomie de la voie biliaire accessoire, la voie biliaire principale étant représentée tout d'abord par le confluent des deux canaux biliaires droit et gauche; ce confluent forme le canal hépatique. Après sa jonction avec le canal cystique, ils formeront le canal cholédoque, qui se termine dans l'ampoule de Vater au-dessus du canal de Wirsung. (Planche I)

Examinons maintenant dans ses grandes lignes la formation embryologique de cette voie biliaire accessoire.

III

Comme pour l'ensemble du tube digestif, de ses glandes annexes et pour l'appareil respiratoire, c'est le feuillet interne, appelé entoblaste ou endoderme, qui fournira les éléments épithéliaux des voies biliaires; mais il est certain que des éléments ectoblastiques et mésoblastiques

Planche I



La Voie biliaire accessoire

"in Poirier et Charpy"

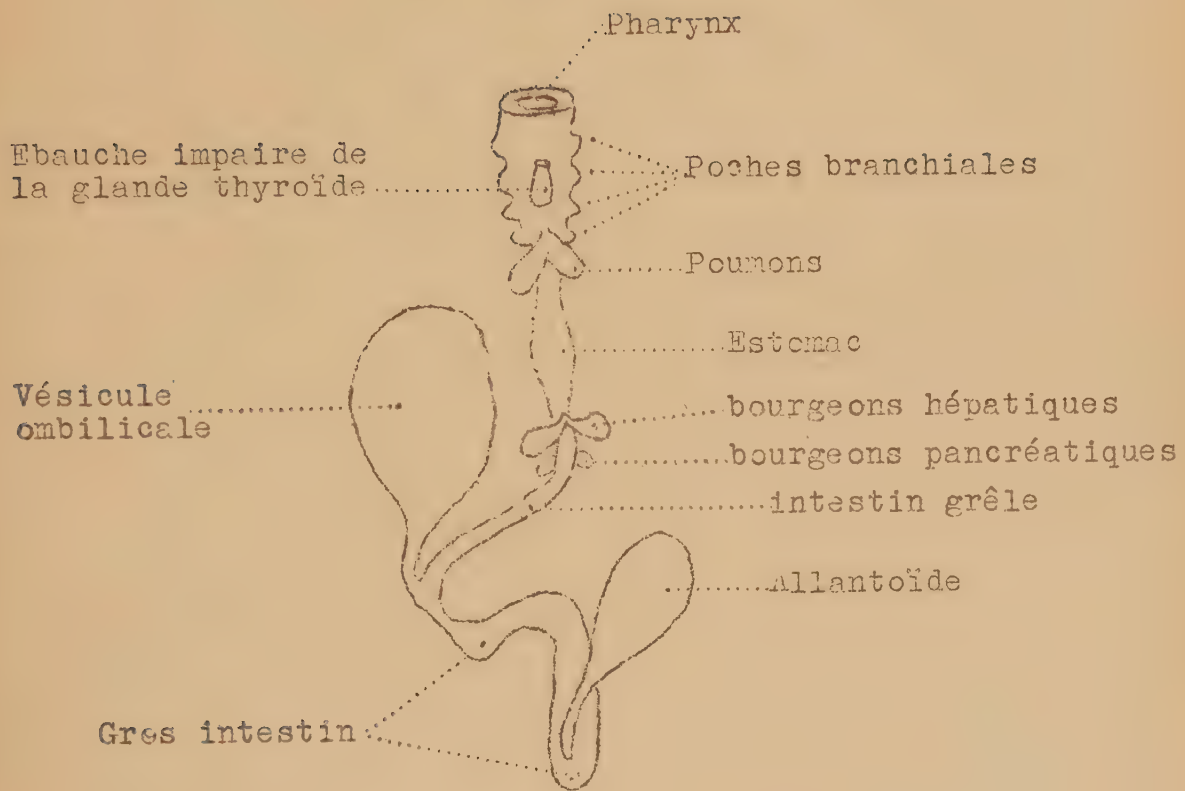
sont appelés aussi, à divers titres, à participer à l'édification de ces organes ou de ces glandes. (Planche II)

La partie du tube intestinal primitif - qui deviendra ultérieurement le duodénum - est la zone d'origine des ébauches glandulaires des glandes annexes (foie, pancréas). C'est à son niveau que l'entoblaste bourgeonne, un peu avant la fin de la quatrième semaine, formant des épaississemens sur sa paroi. Suivant la disposition de ces derniers, on trouve :

- une ébauche ventrale, c'est l'ébauche hépatique,
- une ébauche dorsale, c'est l'ébauche pancréatique dorsale,
- des ébauches latérales, ce sont les ébauches pancréatiques ventrales.

L'ébauche hépatique - celle qui nous intéresse- apparaît donc à la face ventrale du futur duodénum. C'est au début une évagination de la paroi épaissie, évagination qui va s'allonger dans le sens longitudinal. (Planche III, 1) A ce stade, c'est la gouttière hépatique ou ébauche hépatique primitive. Continuant à s'épaissir et à s'approfondir, cette évagination va bientôt se diviser en deux poches, l'une antérieure et l'autre postérieure. L'ébauche craniale, plus épaisse et plus éten-

Planche II.



Vue d'ensemble schématique des formations endodermiques

"in Testut - Anatomie Humaine"

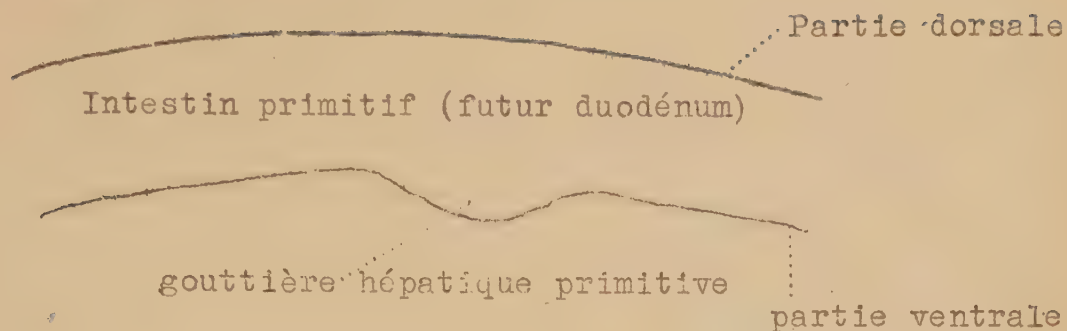
due, se développe activement sous forme de nombreux cordons épithéliaux, c'est l'ébauche hépatique proprement dite. L'ébauche caudale, continuant elle aussi à croître, forme un diverticule creux, c'est l'ébauche cystique. Elle donnera la vésicule biliaire et le canal cystique. (Planche III - 2)

Par la suite, il se formera une zone d'étranglement au niveau de l'implantation de la gouttière hépatique sur le tube intestinal et celle-ci se trouvera transformée en un tube couvert par son extrémité antérieure dans l'intestin. Par allongement ce pédicule deviendra plus tard le canal cholédoque et débouchera dans l'intestin à l'ampoule de Vater.

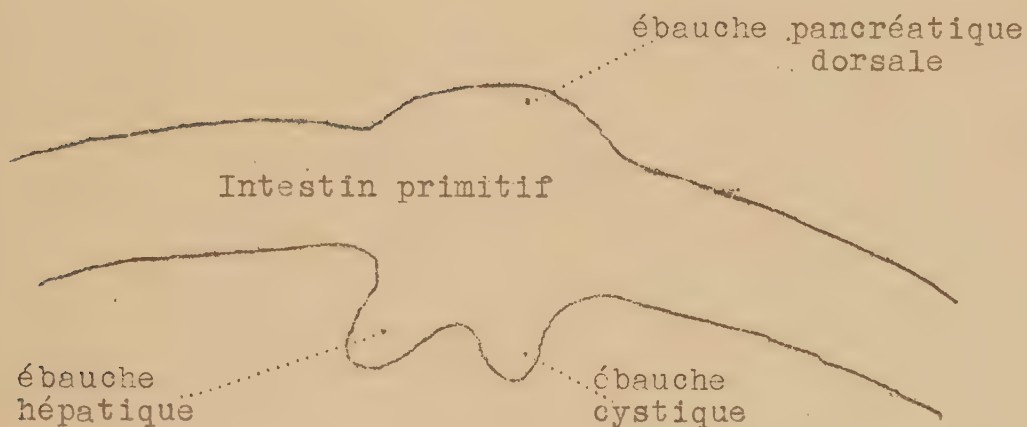
En même temps, les ébauches cystique et hépatique vont s'écarter de plus en plus de la paroi de l'intestin et ne seront plus rattachées au cholédoque que par deux pédicules, l'un sera le canal cystique, l'autre le canal hépatique. (Planche III - 3)

Pour chacune des ébauches, des tubes d'abord creux vont voir leur lumière se combler vers le deuxième mois. Ils redeviendront de nouveau perméables vers le troisième mois et la texture de ces cordons pleins devient peu à peu vaculaire; les vacuoles se confondent, puis communiquent entre elles.

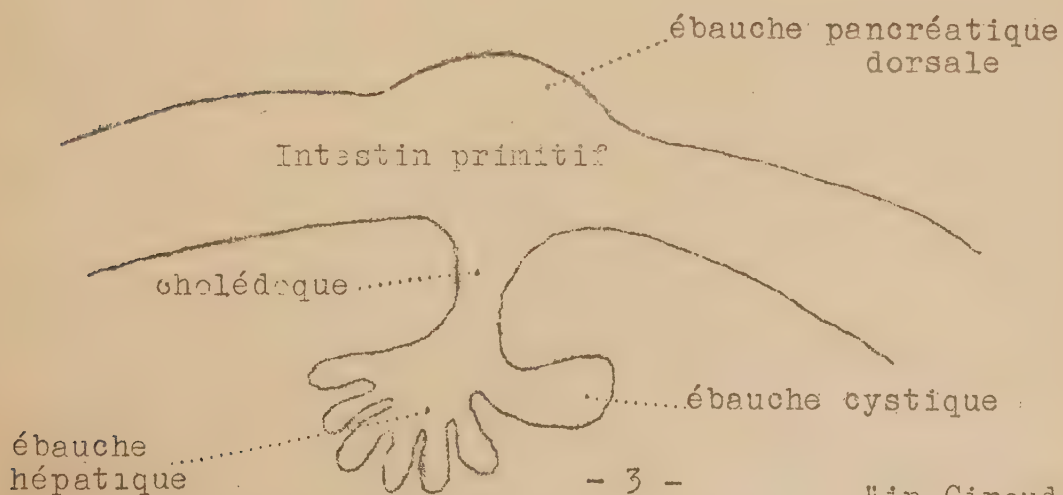
Planche III.



- 1 -



- 2 -



- 3 -

"in Giroud"

Si le processus de réunion de ces vacuoles ne se produit pas ou se produit de façon incomplète, on observera secondairement une agénésie ou une atrésie des voies biliaires; et c'est la longueur de ce défaut de creusement qui conditionne le type de la malformation. La partie du tube qui reste pleine s'atrophie et ne laisse qu'un simple cordon fibreux.

IV

Ainsi constitués, la vésicule biliaire et le canal cystique concourent avec la voie biliaire principale à former les voies biliaires. Celles-ci ont un rôle très important : celui de transporter et de répartir la bile. Cette bile est sécrétée par la cellule hépatique en même temps que les pigments biliaires et la sécrétion biliaire sert, concurremment avec la sécrétion pancréatique à préparer l'absorption des graisses.

Mais la sécrétion biliaire est une sécrétion continue avec maximum au moment des digestions; il était nécessaire d'emmagasiner dans l'intervalle des repas cette bile et c'est à la vésicule biliaire qu'incombe ce rôle.

Réservoir de bile en dehors des moments où le

besoin s'en fait sentir pour la digestion, la vésicule ne se contente pas de ce rôle, car sa capacité est faible. Elle ne contient guère en moyenne que 45 à 50 cc. de bile. Pour pouvoir stocker la bile au maximum, la vésicule doit donc la concentrer et c'est cette bile concentrée qu'elle excrète par la suite au moment des digestions.

Le fait même de cette concentration du liquide vésiculaire dans la vésicule a été utilisé pour la réussite de la cholécystographie selon la méthode de Graham.

V

La vésicule exclue étant une vésicule qui a perdu ses relations normales avec le reste des voies biliaires, il est facile de comprendre qu'un obstacle, quelqu'il soit, qu'il siège sur le cystique ou sur la vésicule, soit capable d'isoler cette dernière du reste des autres voies biliaires et de lui faire perdre sa fonction de réservoir.

Un certain nombre de thèses et de travaux récents sur les vésicules exclues ont fait une classification des principales affections pouvant les expliquer.

On trouve ainsi par ordre de fréquence dé-

croissante :

1) la lithiase biliaire

- soit lithiase simple (cholécystite calculieuse)
- soit calcul du col
ou calcul du cystique (calcul intra-mural)
- soit lithiase vésiculaire avec calcul du cholédoque,

2) le cancer de la vésicule, associé le plus souvent à la lithiase ou provoqué par elle,

3) les cholécystites non lithiasiques

- cholécystite aiguë, hydrocholécyste ou cholécystite suppurée,
- cholécystite avec péricholécystite et adhérences périvésiculaires,
- cystite avec péri-cystite,

4) parfois, mais plus rarement,

- coutures du canal cystique
- compressions du canal cystique
- cancer du canal cystique
- volvulus et ptose de la vésicule biliaire

enfin cholécystite scléro-atrophique par ancienne cholécystite calculieuse.

Ainsi donc l'obstruction directe par calcul, l'infection, la compression, la torsion des voies biliaires peuvent réaliser une vésicule exclue.

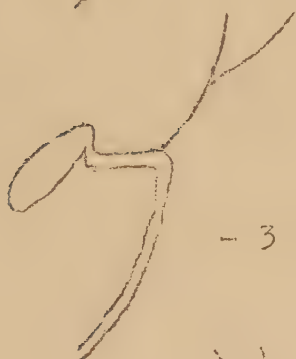
Les principales anomalies
des voies biliaires



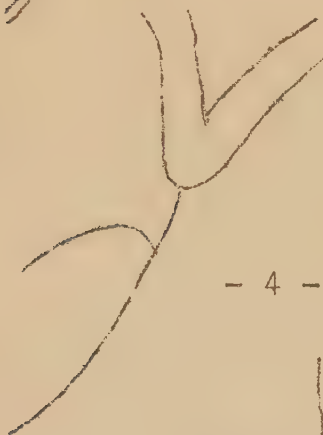
- 1 -



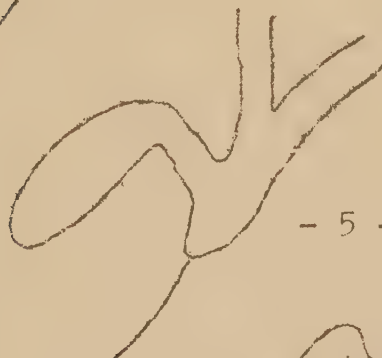
- 2 -



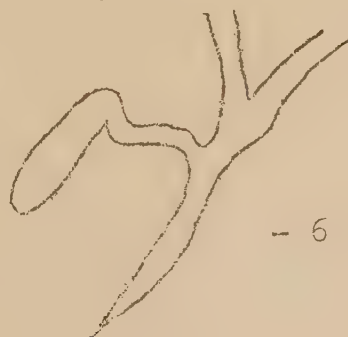
- 3 -



- 4 -



- 5 -



- 6 -

"in Chabrol"

D'après cette classification, nous comprenons aisément que les trois premières dispositions sont incompatibles avec la vie et inopérables. La vésicule, dans les deux cas où elle existe, est fonctionnellement exclue.

Mais les trois dernières dispositions, qui semblaient incompatibles elles aussi avec la vie, ont vu ces derniers temps leur pronostic s'éclaircir un peu avec les nouvelles méthodes thérapeutiques chirurgicales. Dans ces trois cas, il existe deux fois une vésicule et celle-ci n'est pas exclue. Elle le deviendrait en l'absence d'intervention; Et les deux épreuves fondamentales qui signent une vésicule exclue : la cholécystographie selon la méthode de Graham et le tubage duodénal selon la méthode de Meltzer-Lyon, montreraient bien qu'il s'agit d'une vésicule normale et parfaitement rattachée à la partie existante de la voie biliaire principale par un canal cystique.

En dehors des cas où, par suite de malformations congénitales des voies biliaires, la vésicule manque ou est exclue véritablement puisque sans fonction, il en existe d'autres plus rares encore où, par suite d'un défaut dans le développement embryologique, la vésicule biliaire et son canal cystique seuls manquent. On en retrouve quelques cas dans la littérature médicale.

RAMBAULT et SCHACHMANN en 1882, STONE en 1908, DESCOMPS en 1910, HOFFMANN et SACKSON en 1910, Alexandre REYMOND en 1938, les ont étudiés.

JACQUEMET, dans sa thèse en 1895, sur les "Anomalies du foie et des voies biliaires" en parlait aussi et citait en outre un cas, décrit en 1876 par Konrad LOTZE à Berlin, d'absence isolée du canal cystique. Ce cas constituait donc une "vésicule exclue" avant la lettre.

Voici l'observation résumée de cette anomalie très rare :

.....
- Enfant probablement syphilitique, mort à huit mois et ayant présenté un ictère

A l'autopsie, on trouve un foie hypertrophié. Le cholédoque perméable, est très étroit. Le conduit hépatique droit se laisse seul poursuivre quelque peu. Celui de gauche est remplacé par un cordon fibreux. Absence complète du canal cystique. La vésicule est en place, mais adhérente au foie par du tissu de cicatrice extraordinairement serré. Elle contient un liquide clair, muqueux

.....

VI

Il nous a été donné de connaître un cas semblable à cette anomalie et c'est dans le service du Docteur H. MILHIET, Chirurgien à l'Hôpital Péan que nous avons pu le suivre.

Mademoiselle M ... R. ..., Assistante Sociale à Paris, âgée de 29 ans, est venue consulter pour la première fois le Docteur MILHIET en Septembre 1951. Elle se plaint à ce moment de douleurs vagues dans tout l'hypochondre droit, de tiraillements dans le côté droit quand elle se baisse et d'une constipation opiniâtre. L'interrogatoire nous apprend qu'elle a été opérée en 1945 pour une appendicite sub-aigüe, après quelques jours de mise en observation.

Les principales étapes de sa maladie sont les suivantes :

En Août 1950, une "crise de foie" sans lendemain et pour laquelle elle ne s'inquiète pas trop, car son père est lui-même "hépatique".

En Septembre 1950, nouvelle crise avec vomissements de bile, fatigabilité, somnolence, inappétence, flatulence. Un médecin consulté, conseille de faire faire une radiographie de l'estomac;

celle-ci le montre normal avec une légère hypotonie. Mais dès ce moment, la malade accuse un net amaigrissement.

A Pâques 1951, la malade a une crise violente qui dure deux jours et pendant laquelle elle vomit une bile verte, presque noire; elle a la sensation d'une barre au creux épigastrique; de violentes migraines la forcent à garder la position couchée et elle fait à ce moment un peu de température ($38^{\circ}5$). En même temps, elle constate sous le rebord costal droit la présence d'une masse dure, de la grosseur de deux poings, mais cette masse n'est pas douloureuse. Elle présente aussi un très léger sub-ictère qui disparaît en deux jours. Son médecin à nouveau consulté, conseille de faire faire une urographie intraveineuse. Celle-ci ne révèle que des images, une morphologie et une sécrétion normales. L'examen cyto-bactériologique des urines est négatif et l'examen clinique ne découvre que 0,16 g. d'albumine. La crise passée, on constate un nouvel amaigrissement, mais il est de six kilogs.

En Avril 1951, consultation à l'hôpital d'Ivry (Docteur Mahoudeau). On oriente le diagnostic vers celui d'hydrocholécyste. A ce moment, il n'y a plus de crises nettes, mais des sensations d'étouffement, de "prises dans un étau". Le traitement

consiste en injections intra-musculaires de Sodothiol, en prises buccales de Vitamine B₁₂ et petit régime d'insuffisance hépatique..

En Juin 1951, nouvel amaigrissement de deux kilogs et consultation à l'hôpital Saint-Antoine (Professeur Chabrol). On fait faire successivement des radiographies de l'abdomen sans préparation et après insufflation du colon et des radiographies de la vésicule sans préparation et après tétraïode.

Le premier cliché abdominal montre un hypochondre droit opaque, sans aucune image aérique, mais sans image nette de contour. Le second cliché, en position debout, après insufflation, semble montrer que la masse palpable n'est pas en rapport avec l'angle colique droit.

La radiographie vésiculaire sans préparation ne montre aucune image de calcul. La radiographie après tétraïode ne retrouve pas trace du produit et il semble donc que la vésicule soit imperméable. On conclue à une vésicule exclue et l'on tente d'expliquer par un hydrocholécyste cette masse dans l'hypochondre droit. Traitement : Lobamine et on conseille l'intervention.

Mais la malade n'a plus de troubles, la tumeur semble diminuer un peu et, comme elle ne la gêne pas pour ses activités, elle reprend son travail.

Deux mois plus tard, elle part en vacances et là reprend un peu de poids.

A la fin du mois de Septembre 1951, elle vient voir pour la première fois le Docteur MILHIET à l'hôpital Péan. Mais à ce moment elle se sent lasse et fatiguée car elle vient de passer des examens. Cependant elle n'a plus de "crises", mais ressent juste de vagues douleurs dans l'hypochondre droit et quelques tiraillements dans le côté droit. Sa constipation reste opiniâtre et une amenorrhée s'est installée depuis quelques temps.

A l'examen on constate :

Une tumeur dans la région sous-hépatique, grosse comme deux poings, assez bien limitée en bas, mais se perdant en haut sous le foie; cette tumeur est indolore et rénitente.

Sur le vu des précédents examens radiographiques négatifs, on conclue à une vésicule exclue et le diagnostic paraît être celui, déjà posé, d'hydrecholecyste; mais il fait discuter en diagnostic différentiel : kyste du mésentère, kyste du foie, troisième rein.

La malade accepte l'intervention qu'on lui propose et l'on procède à divers examens pré-opératoires :

- urines : normales

- urée dans le sang = 0,30 g. %.

- cholestérol = 5 g. %.

- temps de saignement = 7'

- temps de coagulation = 14'

Ces trois derniers résultats semblent confirmer une insuffisance hépatique et l'on donne comme traitement pré-opératoire : Méthionine - Inositol - Choline en ampoules et des suppositoires de Vitamine K (Bilkones).

A noter que la malade a refusé un tubage duodénal.

Le 30 Octobre 1951, sous anesthésie générale, on fait une laparotomie sous-costale droite. On découvre une énorme vésicule, distendue à l'extrême, très adhérente et enflammée. On en est réduit à la ponctionner. Il en sort un liquide beaucoup plus clair que la bile, légèrement visqueux et filant. La dissection de la portion sous-hépatique est très difficile du fait d'adhérences nombreuses et serrées. De proche en proche, on dégage peu à peu la vésicule, mais le fond de celle-ci se trouvant en position haute, c'est surtout à ce niveau que résident les plus grandes difficultés. Dès que l'on est parvenu à libérer toute la vésicule, on reconnaît l'artère cystique qui est liée et sectionnée. A ce moment la vésicule reste dans les

main de l'opérateur. Après examen plus approfondi on découvre un petit cul de sac greffé à mi-chemin sur le cholédoque et de ce cul de sac partait, au milieu de nombreuses adhérences, un mince cordon fibreux, vestige du canal cystique. (Planche V)

On explore attentivement la voie principale qui paraît normale.

Après révision soigneuse, on place un drain et une mèche; on referme le péritoine, puis la paroi et la peau.

Les suites post-opératoires furent normales, marquées seulement par deux petites intolérances au nylon.

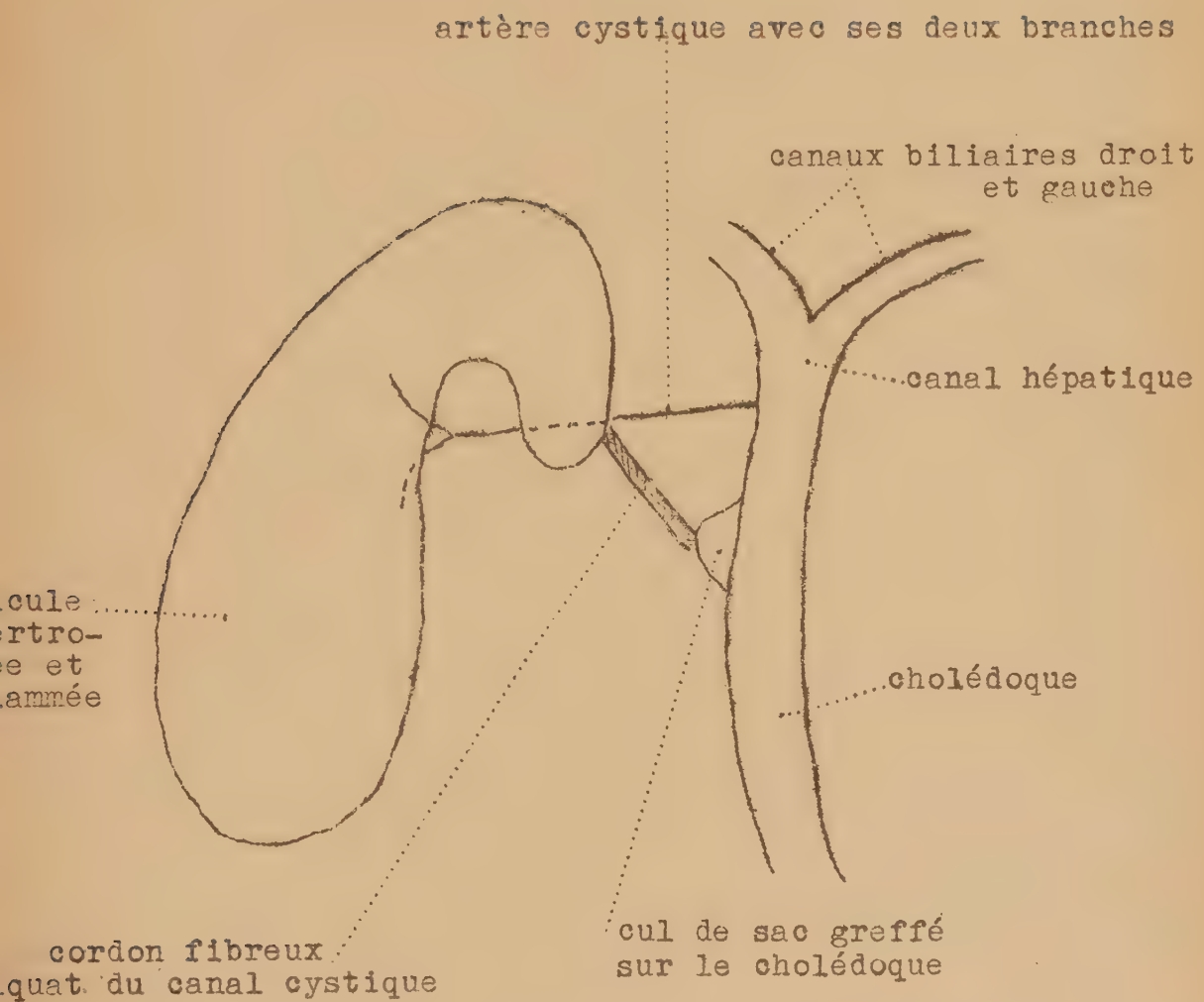
Fin Décembre 1951, la malade va bien, ne souffre plus et n'a plus de migraines, mais elle a à ce moment un assez mauvais moral et se sent vite fatiguée et déprimée.

Après deux mois de convalescence, elle reprend son travail. Son médecin traitant lui fait faire des dosages du cholestérol qui sont aux alentours de 2,85 g. % à 3 g. % et institue un régime.

En Avril 1952, elle se plaint à nouveau de migraines qui ne sont pas calmées par la dihydroergotamine Sandoz. A ce moment son alimentation est presque normale et ne provoque aucun trouble.

En Juillet 1952, la malade se sent bien. Un

Planche V.



dosage du cholestérol le montre à 2,15 g.‰. Elle part en vacances. Le seul point noir qui l'inquiète est la persistance de son amenorrhée.

Au début du mois d'Octobre 1952, elle refait une nouvelle crise, la première depuis l'intervention; mais elle admet elle-même que cette crise a été causée par une émotion et sans qu'aucune part puisse en être attribuée à un écart de régime. Elle a alors des étourdissements et éprouve le besoin de rester couchée. Puis tout se calme en quatre à cinq jours.

Fin Octobre 1952, une nouvelle crise, sans vomissements de bile, de type paroxystique, est déclenchée - dit-elle - par une médication destinée à lutter contre son amenorrhée (suppositoires de calmovarine ?). Le cholestérol est à ce moment à 2,35 g. ‰.

Quelques petites crises larvées entre le 23 Octobre 1952 et le mois d'Avril 1953. Peu de migraines, mais des digestions lentes et parfois un peu douloureuses.

On note toujours de l'amaigrissement (environ six kilogs) et la malade ne pèse plus que 52 kg. 500 alors qu'elle accusait 64 kilogs en Octobre 1950.

Actuellement, elle ne souffre pas, mais elle se

sent lasse et fatiguée par son travail; celui-ci l'occupe de plus en plus car des difficultés d'ordre familial l'ont poussée à chercher un dérivatif dans ses activités sociales. Elle n'a plus de vomissements, mais parfois de petites crises spasmodiques contre lesquelles il semble que l'on peut agir avec des injections intra-veineuses de Spas-moryl. Les règles semblent être redevenues normales, mais la constipation n'a pas cédé.

Une radiographie de l'estomac, faite au mois de Février 1953, ne montre aucune lésion organique ni de l'estomac, ni du duodénum. On note cependant un allongement vertical important de l'estomac avec une grosse dilatation du bas fond et un certain degré de ptose. Il existe de l'atonie gastrique et un retard à l'évacuation par gêne sur D_1 et D_2 , qui sont peu mobiles et présentent probablement des adhérences.

Une radiographie intestinale, faite en Avril 1953, ne montre aucune lésion organique, mais on trouve une déformation par compression de l'angle hépatique. D'autre part, il existe un mégacolon (la malade absorbe plus de 2 litres 1/4 de lavement !) et le vidage est très insuffisant.

On conseille des séances de diathermie trans-abdominale. On fera par la suite de nouvelles radiographies de l'estomac et des intestins.

VII

Les suites éloignées de la cholécystectomie paraissent avoir été bonnes et l'on n'a, semble-t-il, pas eu à combattre des troubles graves.

EPSTEIN, dans sa thèse, classe les troubles post-opératoires après cholécystectomie en :

- troubles légers..soit digestifs,
 - . soit douloureux,
 - . soit digestifs et douloureux,
- et - troubles graves .digestifs, en rapport avec
 - des adhérences, allant
 - parfois jusqu'à la toxémie,
 - . digestifs et douloureux
 - par irritation des terminaisons du plexus solaire,
 - . ou troubles dûs à la pancréatite associée,
 - . ou troubles dûs à l'angiocholite.

Dans le cas présent, la vésicule paraissait exclue depuis très longtemps, et sa fonction étant perdue, le reste des voies biliaires avait dû s'accomoder de cet état de fait.

La cholécystectomie pratiquée ne semble donc pas - mise à part la question des adhérences post-opératoires - pouvoir être à l'origine des troubles survenus depuis.

Il paraît logique de les rapporter en partie à une petite insuffisance hépatique, en partie à des troubles digestifs variés qui s'expliquent aisément par la ptose et l'atonie de l'estomac, par la présence d'un mégacolon et en partie aussi - et peut-être surtout - par le fait que cette maladie est une grande inquiète, une anxieuse et une hyperémotive.

Peut-être même sera-t-on appelé à proposer un traitement psychothérapique !...

VIII

Dans ce court travail, il nous a paru intéressant de souligner qu'à côté des grandes causes connues des vésicules exclues, il y en a d'infiniment plus rares.

Il semble s'agir ici d'une vésicule exclue par atrésie congénitale du canal cystique.

Peut-être cette atrésie a-t-elle été réalisée mécaniquement et de façon acquise par un processus inflammatoire et par la formation d'adhérences ?

Mais dans ce cas, l'évolution aurait été moins longue, plus douloureuse et se serait accompagnée de signes d'obstruction ou de rétention. Le canal cystique aurait pu, d'autre part, conserver ses caractères de canal, alors que le cordon fibreux qui le représentait, ressemblait aux descriptions faites des canaux atrésiés dans les cas d'atrésie congénitale des voies biliaires.

Pour expliquer ces anomalies, de nombreuses théories étiologiques ont été proposées :

- Pour les uns, ce serait l'œuvre de la syphilis.
- Pour d'autres, il faudrait incriminer l'influence
 - . soit d'une angiocholite,
 - . soit d'une action mécanique par péritonite ou traction du mésentère,
 - . soit d'un arrêt du développement embryologique,
 - . soit d'atrésie ou d'agénésie de type régressif.

Entre ces différentes étiologies, il est difficile de choisir. Il semble cependant qu'il faille faire une part prépondérante à la syphilis, souvent responsable de bien des anomalies en pathologie humaine et aussi à "l'angiocholite adhésive, ayant évolué pendant la vie fœtale". (PORAK)

CONCLUSIONS

"Une Vésicule exclue" est une vésicule qui a perdu ses relations normales avec le reste des voies biliaires et partant son rôle de réservoir destiné à mettre en réserve, concentrer, puis excréter la bile.

Les causes les plus importantes capables de donner une "vésicule exclue" sont :

- la lithiase de la vésicule, du canal cystique,
- le cancer de la vésicule,
- certaines cholécystites non lithiasiques,
- parfois des coudures, des compressions ou un cancer du cystique,
- parfois un volvulus de la vésicule ou une cholécystite scléro atrophique.

Mais il existe aussi, en dehors des anomalies frappant toutes les voies biliaires (et qui ne se rencontrent que dans les premiers jours ou mois de la vie), des causes plus rares encore comme :

- l'absence totale de la voie biliaire accessoire (vésicule et canal cystique)
- et - l'absence ou l'atrésie congénitale isolée du canal cystique.

Ces derniers cas semblent très rares et nous n'en avons retrouvé qu'un autre dans la littérature médicale, celui de LOTZE à Berlin en 1876.

VU : LE DOYEN

Professeur Léon BINET

VU : LE PRESIDENT DU JURY

Professeur J. SENEQUE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR

de l'ACADEMIE de PARIS

Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

(par ordre alphabétique)

- 1) BONNET Georges
Les suites médicales de la cholecystectomie.
Thèse, Paris 1938.
- 2) CAROLI J.
Physiopathologie de la douleur biliaire.
Bulletin de l'Association d'études physiopathologiques du foie - Paris 1947 N° 3 - 37.
- 3) CHABROL Jean
Les atrésies congénitales des voies biliaires.
Thèse, Paris 1951.
- 4) CHIRAY ET PAVEL
La vésicule et les grosses voies biliaires.
Masson et C^{ie}, Paris 1956.
- 5) COUTAREL
L'exclusion radiologique de la vésicule biliaire.
Paris 1949.
- 6) COUTTY Pierre
Valeur Sémiologique de l'exclusion radiologique de la vésicule biliaire.
Thèse, Lyon 1949
- 7) DARTIGUES
Diverticule et anomalies de la vésicule biliaire.
Presse Médicale du 20 Juin 1896, N° 50, Page 294.
- 8) DECHAMBRE
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales
(1868)
1ère Série Tome 9 Page 310 et suivantes.
- 9) DELETRAZ Raoul
Les vésicules exclues.
Thèse Bordeaux 1938-39
- 10) DESCOMPS
Sur 6 cas d'anomalies des voies biliaires.
Société anatomique de Paris 1910 Tome 85 page 328.
- 11) DEVE
De quelques particularités anatomiques et anomalies de la vésicule biliaire.
Société anatomique de Paris 1903 page 261.
- 12) EKSZIAJN
Les malformations congénitales et leurs causes.
Thèse Paris 1933.

- 13) EPSTEIN Michel
Contribution à l'étude des troubles après cholecystectomie.
Thèse Paris 1947
- 14) FAURE J.L.
Quelques points de l'anatomie du canal cystique.
Société anatomique de Paris 1892 Tome 67.
- 15) GILLON J.J.
Des malformations congénitales des voies biliaires.
Thèse Paris 1935
- 16) GIROUD et LELIEVRE
Eléments d'embryologie - Paris 1948 - Pages 117 et 197.
- 17) GOSSET A. et PETIT-DUTAILLIS D.
Précis de Pathologie Chirurgicale.
5° édition Tome IV.
- 18) HARTMANN
Quelques points sur l'anatomie et la chirurgie des voies biliaires.
Société anatomique - Bulletin de 1891
- 19) HOFFMANN et SACKSON
Absence congénitale de vésicule biliaire.
New-York Medical Journal - Tome 91 N° 7 12 février 1910, Page 338.
- 20) IVERSEN Dahl et SCHIERBECK
Congenital atresia and stenosis of the biliary tract.
(Bibl. f. Laeger 1923, t. CXV - pages 50-77)
- 21) JACQUEMET
Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires.
Thèse Lyon 1895-96
- 22) LADD et GROSS
in Chirurgie des enfants - Anomalies des voies biliaires.
- 23) LOTZE Konrad
Fall von tödtlichem icterus in folge congenitalen defectes der gallenausführungsgänge.
Klin. Vochensch. Berlin 24 juillet 1876 - page 438
- 24) MATHIEU
Traitement des obliterations non calculeuses des voies biliaires principales.
32ème congrès de Chirurgie en 1923
- 25) PEHU et GIRARD
Les lésions anatomiques des atrésies des voies biliaires.
Revue Française de Pédiatrie n° 7 - 1931 - pages 205-228.

- 26) PIGACHE et WORMS
Anomalies du foie et de la vésicule biliaire.
Société anatomique 1909 - page 237.
- 27) RAMBAULT et SCHACHMANN
Absence de vésicule biliaire et de canal cystique.
Bulletin anatomique de Novembre 1882 - Page 499.
- 28) RAYNAL
Recherches sur la vésicule biliaire.
Thèse Toulouse 1893-94
- 29) REYMOND Alexandre
Sur quelques anomalies des voies biliaires dans la
première enfance.
Thèse Lyon 1938.
- 30) STONE
Absence congénitale de la vésicule biliaire.
The American Journal of the medical Science.
1908 - N° 435 - Juin - Page 889.
- 31) TAVEAU Pierre
Contribution à l'étude des cholecystites chroniques
non lithiasiques.
Thèse Paris 1942
- 32) TESTUT
Traité d'anatomie humaine - Tome IV - Livre VIII et
Livre XI.
- 33) VENNAT Victor
Contribution à l'étude radiologique des vésicules
biliaires exclues.
Thèse Paris 1949
- 34) VIGNOLI Jean
Manuel d'embryologie humaine - Paris 1932 Page 81.
- 35) VIRENQUE Maurice
Quelques remarques sur l'anatomie macroscopique des
vésicules biliaires normales et pathologiques.
Thèse Paris 1920.
-

